

UNIVERSITE DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1924 - 1925 — N° 117

TRAITEMENT DU PLACENTA PRÆVIA

A LA

CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS DE BORDEAUX

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Vendredi 24 Juillet 1925

PAR

Jean-François-Ignace FILIPPI

Né à MONTPELLIER (Hérault), le 1^{er} Décembre 1899

Examineurs de la Thèse	{	MM. RIVIÈRE, professeur.....	<i>Président.</i>
		GUYOT, professeur.....	<i>Juges.</i>
		FAUGERE, agrégé.....	
		JEANNENEY, agrégé.....	

BORDEAUX
Imprimerie Victor CAMBETTE
91, Cours de la Marne, 91

1925



Digitized by the Internet Archive
in 2026



UNIVERSITE DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1924 - 1925 — N° 117

TRAITEMENT DU PLACENTA PRÆVIA

A LA

CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS DE BORDEAUX

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Vendredi 24 Juillet 1925

PAR

Jean-François-Ignace FILIPPI

Né à MONTPELLIER (Hérault), le 1^{er} Décembre 1899

Examineurs de la Thèse	{	MM. RIVIÈRE, professeur.....	Président.
		GUYOT, professeur.....	Juges.
		FAUGÈRE, agrégé.....	
		JEANNENEY, agrégé.....	

BORDEAUX
Imprimerie Victor CABBETTE
91, Cours de la Marne, 91

1925

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. LANELONGUE, BADAL, PITRES, ARNOZAN, POUSSON.

PROFESSEURS :

MM.		MM.
Clinique médicale.....	VERGER.	Zoologie et parasitologie..... MANDOUL.
Clinique chirurgicale	CASSAËT.	Médecine expérimentale..... FERRÉ.
Pathologie et thérapeutique générales.....	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique LAGRANGE.
Clinique d'accouchements.....	BÉGOUIN.	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie... ROCHER.
Anatomie pathologique et microscopie clinique..	CRUCHET.	Clinique gynécologique..... GUYOT.
Anatomie.....	RIVIÈRE.	Clinique médicale des maladies des enfants ... MOUSSOUS.
Anatomie générale et histologie..	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale ... DENIGÈS.
Physiologie.....	PICQUÉ.	Physique pharmaceutique..... SIGALAS.
Hygiène.....	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clinique des malad. exotiques LE DANTEC.
Médecine légale et déontologie...	PACHON.	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques. W. DUBREULH.
Physique biologique et clin. d'électricité médicale	AUCHÉ.	Clinique des maladies des voies urinaires DUVERGEY.
Chimie.....	LANDE.	Clinique des maladies nerveuses et mentales .. ABADIE.
Botanique et matière médicale ...	N.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie. MOURE.
Pharmacie.....	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée BARTHE.
	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie..... SELLIER.
	DUPOUY.	

MM. PRINCETEAU (Anatomie). — LABAT (Pharmacie).

CARLES (Thérapeutique et Pharmacologie). — PETGES (Vénérologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.		MM.
Anatomie et embryologie.....	VILLEMIN.	Médecine générale..... MICHELEAU.
Histologie	LAOSTE.	Maladies mentales..... BONNIN.
Physiologie.....	DELAUNAY.	Chirurgie générale..... PERRENS.
Anatomie pathologique.....	MURATET.	Obstétrique..... PAPER.
Parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS.	Ophthalmologie..... JEANNENEY.
Physique biologique et médicale	N.	Oto-rhino-laryngologie..... N.
Chimie biologique et médicale....	RÉCHOU.	Pharmacie..... PÉRY.
	N.	
	MAURIAC.	
	LEURET.	
	DUPÉRIÉ.	
	CREYX.	

COURS COMPLÉMENTAIRES

MM.		MM.
Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.	Puériculture..... ANDÉRODIAS.
Médecine opératoire.....	PAPIN.	Démonstrations et Préparations pharmaceutiques LABAT.
Accouchements.....	FAUGÈRE.	Chimie pharmaceutique..... GOLSE.
Ophtalmologie.....	CABANNES.	Chimie minérale..... GOLSE.
Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes		ROCHER.
Pathologie externe (4 ^e année) et petite chirurgie.....		CHARRIER.
Pathologie externe (3 ^e année) et petite chirurgie.....		LOUBAT.
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle.....		GOURDON.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.



A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE

A MON PÈRE, A MA MÈRE

A MA FEMME

A TOUS LES MIENS

A TOUS MES CAMARADES

A MES MAÎTRES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DES HOPITAUX
DE BORDEAUX

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE DOCTEUR MAURICE RIVIÈRE
PROFESSEUR DE CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE BORDEAUX
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

INTRODUCTION

De tous temps, le « placenta prævia » a préoccupé les accoucheurs.

Son histoire clinique, à l'heure actuelle, a été tracée d'une façon remarquable par des Maîtres d'une haute compétence.

Le travail que nous avons l'honneur de présenter à votre appréciation, n'a pas pour but d'apporter quelques conceptions nouvelles sur l'étiologie et l'histoire clinique du placenta prævia.

Nous nous sommes efforcé de tirer des différentes observations prises durant ces cinq dernières années à la Clinique obstétricale de Bordeaux, avec la bienveillance du Professeur M. RIVIÈRE, une ligne de conduite pouvant servir au praticien, en présence d'un cas d'insertion vicieuse du placenta.

La division de notre travail sera donc :

- 1^o Étude des différentes méthodes thérapeutiques que le praticien a à sa disposition ;
- 2^o Méthodes employées à la Clinique ;
- 3^o Résultats cliniques ;
- 4^o Plan de traitement tiré de ces observations ;
- 5^o Conclusions.

Avant d'entrer dans le sujet, nous sommes particulièrement heureux de remercier notre Maître, M. le Professeur Maurice RIVIÈRE, d'avoir bien voulu nous accorder quelque confiance, en acceptant la présidence de notre thèse.



TRAITEMENT DU PLACENTA PRÆVIA

A LA CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS DE BORDEAUX

CHAPITRE I

Généralités.

L'expression de placenta prævia ne s'applique qu'à une certaine catégorie de faits dans lesquels le fœtus se trouve complètement en avant sur la route qu'il doit suivre au moment de l'expulsion.

BARNES divise l'utérus en trois zones :

- 1° La zone du fond ;
- 2° La zone du milieu ;
- 3° La zone inférieure.

Toutes les fois que le placenta est inséré sur cette zone dite « zone dangereuse de Barnes », il y aura insertion vicieuse du placenta.

Les classiques reconnaissent plusieurs variétés :

- 1° Placenta marginal ;
- 2° Placenta latéral ;
- 3° Placenta central { partiel ;
total ;
- 4° Placenta centre pour centre.

Le placenta prævia marginal est le plus fréquent de tous.

De même, les cas sont plus nombreux chez les multipares.

BRODHEAT a noté sur 100 cas :

17 primipares.....	{	10 marginaux,
		1 latéral,
		6 centraux.
58 multipares.....	{	47 marginaux,
		11 latéraux.
5 inconnus.		

A la Clinique obstétricale, nous avons relevé :

5 primipares.....	{	3 marginaux,
		2 centraux.
17 multipares.....	{	3 latéraux,
		10 marginaux,
		4 centraux.

THÉLIN (de Lausanne), dans une statistique faite à « Lyeg in Hôpital », a trouvé sur 80,000 accouchements 466 cas de placenta prævia.

Les causes de cette anomalie de la grossesse ne sont pas encore très connues. Bien des hypothèses ont été émises : grossesses répétées, malformations de l'utérus, maladies atteignant la muqueuse utérine. Nous pensons que cette dernière hypothèse ne lui est certainement pas étrangère. En effet, l'œuf, qui au début de la grossesse compose le placenta, se transforme vers le troisième mois; les villosités s'atrophient. Lorsque les conditions d'insertion sont défavorables, comme dans l'utérus fibromateux et dans l'endométrite, la nutrition étant insuffisante, le placenta ne se résorbe pas et vient peu à peu se placer au niveau du segment inférieur. Ceci nous expliquerait l'aspect étalé du placenta prævia.

Le placenta prævia donne lieu à des complications sérieuses. La plus fréquente et la plus dangereuse aussi est l'hémorragie. Celle-ci peut survenir à tous les âges de la

grossesse, pouvant provoquer dans les premiers mois un avortement, plus tard un accouchement prématuré. Cependant, elle se produit de préférence dans les trois derniers mois, c'est pourquoi on lui a donné le nom « d'hémorragie des trois derniers mois de la grossesse ». Elle peut aussi se produire pendant le travail, pendant la délivrance, après la délivrance. Souvent abondante, il n'est pas rare qu'elle soit légère. Elle peut amener un état d'anémie lorsqu'elle se répète par trop souvent. Enfin, disons pour résumer : « qu'elle apparaît sans troubles monitoires, sans contractions utérines préalables, sans choc, sans traumatisme ; en un mot, sa caractéristique est d'être inopinée, inattendue, silencieuse ».

Le pronostic du placenta prævia est toujours grave, surtout pour l'enfant. Quels vont donc être les différents moyens thérapeutiques que nous avons pour le combattre ?

CHAPITRE II

Méthodes de Traitement.

Elles peuvent se diviser en deux groupes :

1^{er} Groupe. - Méthodes dites « Hémostatiques ».

Ces méthodes ont pour but d'arrêter l'hémorragie purement et simplement, sans se préoccuper d'activer l'accouchement et mieux encore de le terminer. Ce ne sont donc que des palliatifs, qu'un moyen d'attente. Nous verrons plus loin que l'une d'entre elles, considérée à l'heure actuelle comme peu applicable, peut être dans certains cas spéciaux d'un très grand intérêt. Je veux parler des injections d'eau chaude et surtout du tamponnement.

Tamponnement.

C'est LEROUX qui, le premier, a généralisé ce moyen. Il consiste à bourrer fortement le vagin de bourdonnets de charpie. Actuellement, on emploie des tampons de coton antiseptiques. Pour le pratiquer, il faut mettre la femme en position obstétricale, vider le vagin des caillots qu'il renferme, on introduit ensuite les tampons le plus profondément possible. Il est utile de préparer de soixante à quatre-vingt tampons.

On a reproché, avec juste raison, à ce procédé d'être très douloureux. C'est, qu'en effet, un tamponnement bien fait est insupportable pour la malade. On lui a aussi objecté

de ne pas arrêter complètement l'hémorragie; d'être mal fait en dehors des services hospitaliers; de ne pas toujours provoquer le travail. Enfin, d'être un grand danger d'infection.

Nous pensons cependant qu'il peut être utile à certaines heures comme moyen d'attente, c'est tout ce que l'on est en droit de lui demander.

Le médecin de campagne, loin de tout centre hospitalier, ne doit pas hésiter à pratiquer un tamponnement, lorsqu'il se trouve en présence d'une primipare à col non dilatable et non dilaté, qui brusquement présente une hémorragie abondante. De même, dans le cas d'un placenta prævia central chez une multipare. Il sait qu'il n'a rien à attendre de la dilatation bi-manuelle, ce qui lui permettrait de rompre les membranes. Il sait qu'il ne pourra placer de ballon; qu'il fasse donc sans hésiter un tamponnement méthodique avec les plus grandes précautions antiseptiques voulues. Il aura, grâce à lui, une dizaine d'heures pour faire appel à un spécialiste, ou pour lui envoyer sa malade.

Injection chaude.

L'injection chaude est le premier moyen employé par les accoucheurs pour combattre une hémorragie naissante. Nous n'insisterons pas sur elle, c'est un procédé qui n'est pas de notre domaine, car il ne s'adresse qu'aux petites hémorragies, et dans les cas de placenta prævia, les hémorragies sont bien autrement importantes. Nous pourrions donc tout au plus les employer dans les cas de petites hémorragies successives des derniers jours qui précèdent l'accouchement.

Observation N° 1.

31 ans, 5^e pare, pas d'antécédents pathologiques. Entre dans le service au huitième mois, le 22 avril 1921. Elle a eu deux petites hémorragies. Le 23 avril, nouvelle hémorragie un peu plus abon-

dante. Injection. Lavement laudanisé. Le 25, quelques pertes légères d'un rouge vif. Le 26, elle perd les eaux, et petite perte de sang à chaque contraction.

Thérapeutique. — Injection chaude toutes les heures. Pouls : 100. Température : 36.9. Le 27, au matin, col presque effacé ; dilatation de un franc. On donne 1 gr. 50 de quinine. A midi, le col est dilaté, la tête descend dans l'excavation, on termine par un forceps.

2^{me} Groupe. - Méthodes Ocytocites.

Ces méthodes agissent sur le col dans le but de terminer au plus vite l'accouchement. Parmi les premières en date, nous trouvons l'accouchement forcé, l'accouchement accéléré de Pujos, plus tard le Braxton Hicks, la méthode de Pinard, le ballon de Champetier de Ribes, la version....

Nous allons voir au cours de cette étude que la plupart d'entre elles ont été employées durant ces cinq années à la Clinique d'accouchements de Bordeaux.

Accouchement forcé.

Les anciens le pratiquaient en introduisant successivement un doigt, puis deux, puis la main entière au travers du col. Ils faisaient une version et extrayaient l'enfant le plus vite possible. Les difficultés d'un tel accouchement étaient énormes, même pratiqué par des mains habiles. Il n'était pas rare d'avoir des lésions de l'utérus, rupture du segment inférieur et déchirure du col. Ces plaies, de par leur position basse, étaient une voie d'accès à l'infection qui emportait la malade dans les suites de couches. Quand à la mortalité foetale, elle était énorme, car son extraction n'était pas des plus facile. Que de fois le col se resserrant sur le cou de l'enfant, amenait une complication insurmontable.

Devant de pareilles difficultés, certains accoucheurs ne pratiquaient l'accouchement forcé qu'en cas d'absolue nécessité et jamais dans les cas simples. De nos jours, on a complètement délaissé cette pratique par trop brutale. Nous n'avons pas relevé un seul cas semblable dans nos diverses observations. On préfère utiliser une méthode qui tient le juste milieu entre l'accouchement forcé et l'accouchement naturel. C'est l'accouchement accéléré de PUJOS.

Accouchement accéléré et rupture artificielle des membranes.

C'est à PUJOS qu'en revient le mérite. Plus tard, PINARD a repris cette méthode avec des indications nouvelles. Nous pensons cependant que ces deux méthodes peuvent se superposer et que, s'il y a une différence, elle n'est pas dans le procédé mais dans le but à atteindre. En effet, PUJOS ne voyait là qu'un moyen d'accélérer l'accouchement; d'où le nom d'accouchement accéléré donné à sa méthode. Voyons d'abord ce qu'il dit à ce sujet :

« Il faut introduire un doigt, ou plusieurs, dans l'orifice. On essaie d'écarter par des degrés de force proportionnée à sa résistance. Cet écartement fait naître des douleurs, met la matrice en action et l'un et l'autre font gonfler les membranes qui contiennent les eaux. Il faut alors ouvrir les membranes. Les efforts et les douleurs mis à profit par la malade, secondés par l'action des doigts portés circulairement dans l'orifice, réussissent pour l'ordinaire et font avancer l'enfant. Le sang se trouve retenu par la compression. Enfin, la nature et l'art concourant ensemble, l'accouchement se fait en peu de temps et l'on a presque toujours la satisfaction de sauver la vie de l'enfant et celle de la mère qu'ils auraient infailliblement perdue par l'accouchement simple naturel, et qu'ils auraient extrêmement risquée par l'accouchement forcé. »

Ainsi, pour résumer, dilatation graduelle et rupture des membranes, voilà la méthode.

Bien au contraire, PINARD, se basant sur les théories nouvelles du mécanisme de l'hémorragie, considérant qu'elle est due à un décollement du placenta par tiraillements des membranes, pensait arrêter l'hémorragie en rompant les membranes. On voit par là que la différence n'est que dans la conception du mécanisme.

Observation N° 2.

Primipare. 27 ans, pas d'antécédents pathologiques. La grossesse évolue normalement jusqu'au huitième mois. A ce moment, la malade constate un filet de sang sur son linge, le 20 février, Le 23, elle perd un flot de sang suivi d'un suintement qui dure un quart d'heure. Le 4 mars, la tête est engagée en O. I. G. A. Col mou. Dilatation de deux franses. Contractions douloureuses. Nouvelle perte de sang plus abondante.

Thérapeutique. — Rupture large des membranes. L'hémorragie s'arrête dans la soirée. Dilatation complète, se dégage en un quart d'heure. Enfant vivant, suite de couches normales.

Observation N° 3.

Secondipare. 29 ans. Entre à sept mois. Fin novembre, elle a expulsé un gros caillot de sang. En décembre, nouvelle perte de sang. Rentre alors dans le service.

Examen. — Col déhiscent. A droite, par le toucher, on sent des membranes épaisses et rugueuses. A gauche, on trouve les cotylédons. Pendant l'examen, la malade perd du sang. Injection chaude. L'écoulement continue. Pouls rapide. Etat syncopal.

Thérapeutique. — Rupture large des membranes. L'hémorragie s'arrête. Sérum, Huile camphrée. Introduction d'un ballon. Contractions énergiques et régulières. Le ballon est expulsé. L'accouchement a lieu aussitôt. L'enfant fait deux ou trois inspirations, il ne peut être ranimé, Délivrance naturelle. Suites de couches normales.

Observation N° 4.

6° pare. 24 ans. A eu quelques pertes de sang en septembre. Depuis le début de janvier, a des pertes de sang au réveil et lors de la défécation. Rentre au service le 12 février, Grossesse à terme. A 13 heures, hémorragie abondante.

Thérapeutique. — Rupture des membranes. A 15 heures, bruits fœtaux mal frappés. Introduction d'un ballon. Retiré à 18 heures. Bruits fœtaux nuls. On termine par un forceps sous chloroforme. Délivrance artificielle, la malade saignant un peu. On fait du sérum. Réchauffement des extrémités. Enfant mort. Sort en bon état le 3 mars.

Dans ces trois observations, la méthode employée a été celle de PUJOS et de PINARD.

TECHNIQUE OPÉRATOIRE

En premier lieu, on désinfecte le vagin. Ensuite, on introduit un doigt ou deux dans le col jusqu'aux membranes et l'on rompt ces membranes avec un perce-membranes, ou à défaut une paire de ciseaux ou une sonde cannelée, bien désinfectés, que l'on guide avec le doigt explorateur. Dès que les membranes sont rompues, l'hémorragie s'arrête. L'on attend alors que l'accouchement se fasse normalement. Ceci pour les cas de placenta prævia simples. Hélas, il n'en est pas de même dans les cas de placenta prævia centraux. L'hémorragie peut continuer, ou bien on éprouve alors de très grandes difficultés et la manœuvre ne peut s'opérer qu'en :

1° passant au travers du placenta ;

2° décollant en partie le placenta ;

comme il a été fait dans les deux observations suivantes.

Observation N° 5.

Hémorragie de la grossesse. Placenta central.

5^e pare, 42 ans. Le 22 août, date à laquelle la femme attend ses règles, il se produit une perte de sang très légère. Le 20 septembre, nouvelle perte. Le 15 octobre, perte plus abondante. Novembre : pendant tout le mois, alternative de suintement et de périodes normales. Décembre : tous les huit jours, de préférence vers 4 heure du matin, perte de sang assez abondante, avec un caillot de la grosseur d'un œuf. Janvier : Perte plus abondante. M. le Professeur FAUGÈRE est appelé et conseille à la femme de venir à la Clinique. Elle en repart le 17 janvier. La femme n'a plus à ce moment de perte de sang. Le 11 février au matin, hémorragie abondante. Est dirigée à la Clinique. A son arrivée, la malade est très pâle. Pouls : 130, dépressible, état général inquiétant. Le col est entr'ouvert, pas effacé. Les doigts tombent sur une masse présentant les caractères du placenta. Cette masse obstrue le col. Les bruits fœtaux sont très difficiles à distinguer des bruits maternels.

Thérapeutique. — Injection chaude. Huile camphrée. Sérum. A 16 heures, on place un ballon. Deux doigts pénètrent assez facilement à travers le placenta. Il s'écoule du liquide amniotique, en assez grande abondance. La tête descend. On place le ballon, sur lequel on exerce des tractions. On refait du sérum. Caféine-Strychnine. Pouls meilleur. A 18 heures, le ballon est expulsé, et la malade accouche d'un enfant mort-né. Délivrance artificielle. Le placenta s'insérant autour de l'orifice et étant très adhérent ; petite déchirure sur la lèvre postérieure. Injection intra-utérine. Sort le 12 février.

Observation N° 6.

5^e pare, 29 ans. Entre le 24 janvier 1919. Grossesse à évolution normale, jusqu'il y a quatre jours, où apparaît un écoulement sanguin spontané. Arrive à la Clinique à 17 heures. Col déhiscent. A 2 heures du matin, hémorragie abondante, on décide de hâter l'accouchement.

Chloroforme. Dilatation bi-manuelle. On tombe à gauche sur un placenta décollé en partie. Passant entre le segment inférieur

et le placenta, on arrive sur des membranes flasques, impossibles à rompre. Recherche du pied antérieur, que l'on attire en dehors; on crève ainsi les membranes. A ce moment le siège a tamponné, et l'hémorragie s'arrête. Successivement, se dégagent le siège, le ventre. L'enfant étant mort, et l'orifice étant résistant, on ne se hâte pas d'extraire l'enfant. On laisse la dilatation se faire. Manœuvre de Mauriceau. Délivrance naturelle. Suites de couches normales.

De ces deux méthodes, la première est dite « Méthode de DEVENTER ». La technique en est celle-ci :

Dilacérer avec deux doigts le tissu placentaire et le chorion, puis, trouser l'amnios. Là, surgit quelquefois une difficulté. L'amnios ne se déchire pas et fuit devant le doigt en se séparant du chorion placentaire. Il faut, alors, augmenter sa tension et pour cela comprimer de haut en bas l'utérus, avec la main restée libre. Une fois la manœuvre faite : surveillance, expectative.

Quelles sont les principales objections faites à cette méthode de Pujos ? et quelles en sont les indications ?

Arrête-t-elle toujours l'hémorragie ?

Dans notre observation n° 11, après la rupture des membranes, l'hémorragie continue et la tête ne s'engage pas. C'est qu'alors le fœtus est placé transversalement, décollant ainsi le placenta. C'est pour empêcher ce décollement que l'on a fait une version dès que le ballon de Champetier de Ribes eût rendu la dilatation suffisante.

On a aussi reproché à cette méthode une grande mortalité infantile et d'avoir des enfants avant terme.

Nous pensons donc qu'il est bon d'utiliser la rupture large des membranes dans tous les cas de placenta prævia marginaux et lorsque nous avons une présentation normale. En fait, chez une multipare, nous savons que l'hémorragie n'est guère dangereuse que dans les derniers

mois. Or, à ce moment, le col est mou et extensible, nous n'aurons donc aucune difficulté à rompre les membranes.

Au contraire, chez une primipare à placenta prævia central, dont le col n'est pas dilatable, la rupture des membranes sera impossible. Cette éventualité sera traitée par une méthode que nous exposerons plus loin.

Braxton Hicks.

Le principe de cette méthode est de faire évoluer le fœtus dans l'utérus, au moyen de manœuvres externes et internes, sans qu'il y ait besoin toutefois d'introduire complètement la main dans l'utérus.

Avant de commencer l'opération, il faut avoir par le palper et le toucher bien reconnu quelle est la position du fœtus.

Lorsque cette première condition essentielle aura été remplie, la malade étant en position obstétricale, il faut pratiquer la rupture des membranes si la poche des eaux n'est pas encore rompue.

Ensuite, introduction de la main gauche dans le vagin, jusqu'à ce que l'index et le médius introduits dans le col arrivent sur la partie fœtale. Supposons que ce soit un sommet, les doigts arrivent sur la partie fœtale, la main droite est placée sur le ventre vers le fond de l'utérus. On exerce, avec celle-ci, une douce pression sur le siège en le poussant sur la droite. Les doigts de la main gauche repoussent en sens inverse la tête si elle est basse, et remontent aussi haut que possible dans la cavité utérine. Lorsque la main externe, par des pressions légères, aura suffisamment abaissé le siège, les doigts de la main gauche sentiront le genou qu'ils tâcheront d'accrocher. Puis ensuite on tentera d'abaisser un pied. Le pied est alors tiré hors du col, de manière à engager le membre inférieur et le siège aussi bas que possible, sans forcer. Comme « l'orifice utérin se dilate, la jambe par sa forme tronconique constitue un

excellent tampon. A son tour, le siège agira de même, quand il s'engagera ». On pourra attendre l'expulsion spontanée qui chez les multipares se produit assez vite.

BRAXTON HICKS insiste d'ailleurs fortement sur l'importance de ne pas extraire trop vite l'enfant. En somme, résume-t-il : « faire la version et tout danger étant éloigné, si l'on se sert du fœtus comme d'un tampon ; attendre les contractions, remonter les forces de la malade pendant ce temps et laisser la nature accomplir l'accouchement ».

Il conseille, en outre, d'agir avec les mains, dans l'intervalles des contractions utérines.

Observation N° 7.

Placenta central. — Manœuvre de Braxton Hicks.

Primipare, 32 ans. A sept mois, perd en se couchant en assez grande abondance. Suintement de sang, durant deux jours. Six jours après, au lever, pertes de sang avec douleurs. Entre à la Clinique. Examen. On sent par le toucher, les cotylédons placentaires. Le 11 janvier, version podalique par manœuvre externe. Le 12, léger suintement persistant. Bon état général. On décide de laisser continuer la grossesse. Le 13, rien d'anormal. Le 14, auscultation normale. On décide de terminer l'accouchement ; ballon à 10 heures 30. A 12 heures, hémorragie abondante. La malade pâlit, le col n'est pas complètement dilaté. On pratique la manœuvre de Braxton Hicks. Recherche du pied antérieur. Abaissement. Tractions lentes. Manœuvre de Mauriceau. Enfant vivant. Délivrance naturelle. Le 11 février, l'enfant présente une trainée de lymphangite sur la joue gauche et la nuque. Œdème des paupières. Adénite préauriculaire. Meurt dans la nuit. Transeat de la mère pour angine à fausses membranes.

Pour quelles raisons cette méthode n'est-elle pas plus souvent employée à la Clinique ? Nous pensons que les raisons en sont dans les indications un peu spéciales et surtout à cause du pronostic fœtal.

Cependant, la première statistique faite par BRAXTON HICKS nous donne des chiffres assez éloquents :

Mortalité maternelle.... 10 %

En Allemagne et en Amérique, cette méthode est de beaucoup la plus employée. A. MARTIN, SCHRÖDER, ont publié la statistique du service Schröder et ont comparé les résultats de la méthode du tamponnement et du Braxton Hicks.

Sur 44 cas d'hémorragie grave par insertion vicieuse :

8 ont été tamponnés, 3 morts de septicémie : 37,5 %
36 traités par Braxton Hicks, 0 mort.

BOHM, sur 58 cas, a pratiqué :

13 tamponnements : 4 morts $\left\{ \begin{array}{l} 1 \text{ septicémie} \\ 3 \text{ hémorragie} \end{array} \right\} 30 \%$

35 Braxton Hicks. — Pas de mort.

10 Rupture des membranes. — Pas de mort.

La mortalité foetale était, dans les deux statistiques, de 71 %.

Enfin, ROHMER, sur 102 cas traités par Braxton Hicks, a noté : 7 morts, soit 3,8 %.

Dernièrement, dans une statistique faite à la Maternité de Boston, sur les cas traités par le Braxton Hicks durant ces vingt-cinq dernières années, a donné :

1895-1900	1900-1905	1905-1910
0	0	2 %
1910-1915	1915-1920	
13 %	57 %	

L'auteur ajoute que, dans les cinq années qui vont suivre, le pourcentage s'élèvera à 70,75 %.

La mortalité qui était, de 1895 à 1915, de 10 %, est tombée à 6 %.

Récemment, MONTIBERT (de Lyon), a donné :

Mortalité maternelle... 6 %

Mortalité fœtale..... 50 %

Le Braxton Hicks, manœuvre déjà fort délicate en elle-même, devient de plus en plus difficile à mesure qu'on s'éloigne du moment de la rupture de la poche des eaux. On sait que cet éloignement amène une siccité de l'utérus, qui gênera l'évolution du fœtus.

La dilatation complète du col exclue aussi le Braxton Hicks. Il est alors aisé de faire une version.

La rétraction de l'utérus en est aussi une contre-indication. De même, lorsque nous nous trouvons en présence d'une malade fort anémiée par des hémorragies successives.

Enfin, la grande contre-indication est due à la mortalité fœtale, qui est excessivement élevée. C'est pourquoi le Braxton Hicks reste l'apanage des pays à natalité élevée, comme l'Amérique et l'Allemagne. En France, les accoucheurs, plus préoccupés de conserver la vie de l'enfant, n'emploient cette manœuvre qu'en cas d'absolue nécessité, et lorsque les conditions suivantes sont réalisées :

Hémorragie abondante, qui n'a pas été arrêtée par la rupture des membranes ;

Le col n'étant pas encore suffisamment dilaté pour permettre une version, et présentant une certaine rigidité qui ne permettrait pas au ballon de Champetier de Ribes d'agir assez rapidement.

Et, surtout, lorsqu'il s'agit de sauver la mère, sans se préoccuper du fœtus qui n'a aucune chance d'être sauvé.

Ballon de Champetier de Ribes. — Version par manœuvre interne.

Observation N° 8.

4^e Pare. 35 ans. Entre au huitième mois. Grossesse normale jusque-là, où elle a une hémorragie. Depuis lors des contractions douloureuses. Examen. Au toucher, un col entièrement effacé, mais épais. A gauche, on tombe sur le placenta.

Rupture large des membranes. La tête reste très élevée. Les contractions utérines s'effacent. Au matin, la tête s'applique mal sur le col. La malade saigne quelque peu. On met un ballon, expulsé à 11 heures 30. La tête reste toujours élevée. Le col étant suffisamment dilaté, on tente une version, suivie d'une manœuvre de Mauriceau, mais la tête étant défléchie et le col étant rétracté, on donne le maximum de chloroforme, ce qui permet l'extraction. Délivrance artificielle. Enfant mort-né. Bon état à la sortie.

Observation N° 9.

10^e pare. 36 ans. Entre à terme. A eu le 6 avril de petites hémorragies, Le 12 avril, coliques utérines violentes durant deux jours à l'occasion d'un bain. Le 12 juillet, perte du liquide amniotique. Le 14, grosse hémorragie. Arrive à la clinique. On place un ballon qui est expulsé avec une forte hémorragie. Version avec abaissement du pied antérieur. On fait la manœuvre de Mauriceau. Le tout a duré dix minutes. L'enfant arrive en état de mort apparente. Il est ranimé rapidement. Délivrance artificielle. Suites : malgré un tamponnement, le segment inférieur continue à saigner. On remplace les mèches par d'autres plus serrées, les mèches cervicales ayant été vaselinées. On fait du sérum, caféine, hémostyl. Le 5 août, état amélioré.

Observation N° 10.

3^e pare. 36 ans. Entre au huitième mois. Au cinquième mois, a eu une hémorragie légère. Il y a huit jours, hémorragie abondante

avec douleurs dans le bas-ventre. Il y a deux jours, hémorragie abondante ; entre d'urgence à l'hôpital. Examen. Sommet O.I.G.A. Le vagin est rempli de caillots, évacués par des injections. Le col est perméable. Contient des caillots. Le placenta recouvre l'orifice de dilatation.

Thérapeutique. — On essaie de déchirer les membranes, au ras du placenta, avec une sonde cannelée. On ne peut y parvenir. Le col est résistant. On ne peut rien espérer de la dilatation bi-manuelle. A 3 heures, introduction d'un ballon. Les bruits du cœur ne sont plus perceptibles. A 9 heures, on enlève le ballon. Dilatation bi-manuelle. Recherche du pied. On fait la dilatation avec ce membre, l'enfant étant mort. Extraction aisée, éraillure du périnée. Le placenta découronné a suivi avec le fœtus. Délivrance artificielle. Injection intra-utérine. Bonne réfection.

Observation N° 11.

3^e pare. 36 ans, dont un anencéphale. Entre à huit mois, 25 jours. Fœtus mobile. Col déhiscent. Segment inférieur épaissi. Le col entr'ouvert permet d'arriver sur le bord placentaire. A droite, les membranes. Perd les eaux le 13 septembre, à 14 heures 30. A 17 heures, pas de dilatation. Injection chaude toutes les deux heures. A 15 heures, on met un ballon. A 16 heures, les contractions n'augmentent pas. A 17 heures, grand frisson et face cyanosée. Pouls : 120. Écoulement sanguin notable. A 17 heures 30, le ballon étant descendu, l'hémorragie continuant, on fait une version. Fœtus mort. Délivrance artificielle. L'hémorragie s'arrête. Injection intra-utérine. A 20 heures, état satisfaisant, Transéat à Canolle, le 29 septembre.

Observation N° 12.

9^e pare. 35 ans. Grossesse à huit mois.

Dilatation bi-manuelle. Version. Délivrance artificielle. Transéat à Canolle. Enfant vivant.

Observation N° 13.

Multipare. 30 ans. Version par manœuvre interne, après introduction d'un ballon. Délivrance naturelle, suites normales. Enfant vivant.

Observation N° 14.

8^e pare. 36 ans, huitième mois. Placenta central.

Rupture des membranes. Hémorragie continue. On fait la dilatation bi-manuelle. On s'aperçoit que le placenta est à moitié décollé, et vient au-devant de la tête. Les bruits fœtaux ne sont plus perçus. A cause d'un suintement continu, on fait une version, pour faire la compression du segment intérieur. Manœuvre de Mauriceau. La malade saigne un peu. Délivrance artificielle. Injection intra-utérine. Arrêt de l'hémorragie. Légère déchirure du col. Enfant mort-né.

Observation N° 15.

9^e pare. 35 ans. Grossesse à huit mois. Dilatation bi-manuelle. Version par manœuvres internes. Enfant vivant. Délivrance artificielle.

Observation N° 16.

6^e pare. 24 ans. Grossesse à terme. Rupture des membranes. Ballon. On termine par un forceps. Délivrance artificielle. Enfant mort. Suites de couches normales.

Observation N° 17.

Primipare. 19 ans. Grossesse à huit mois et demi. Procidence du cordon. Refoulement de la tête, et réduction de la procidence. On termine par un forceps. Episiotomie, le périnée œdématié se déchirant. 30 minutes après, délivrance naturelle. Hémorragie qui cède à une injection intra-utérine.

Observation N° 18.

2^e pare. 29 ans. Grossesse à huit mois. Rupture des membranes. Ballon entre le placenta et le col. Dilatation palmaire. Extraction par un forceps. Enfant vivant. Délivrance naturelle. Bonne réfection.

Observation N° 19.

8^e pare. 36 ans. Rupture des membranes. Dilatation manuelle. Décollement spontané de la moitié du placenta. Version par manœuvre interne. Enfant mort. Délivrance artificielle. Injection intra-utérine. Arrêt de l'hémorragie. Bonne réfection.

Observation N° 20.

4^e pare. 29 ans. Accouchement du placenta, puis du fœtus (siège décomplété, mode des fesses). Accouchement spontané. Enfant mort-né. Suites de couches normales.

Dans toutes ces observations, nous notons l'emploi courant du ballon de Champetier de Ribes, de la dilatation bi-manuelle, suivis de la version par manœuvres internes.

Césarienne.

Il nous reste maintenant à parler d'une méthode toute nouvelle, chirurgicale il est vrai, mais applicable dans quelques cas bien définis de placenta prævia. Je veux dire : *la Césarienne*.

Cette question est assez délicate, et les avis sont très partagés. Bien des accoucheurs hésitent à employer la Césarienne.

C'est qu'ici deux points se posent nettement :

La méthode obstétricale donne-t-elle des résultats assez bons pour suffire dans tous les cas ? Et la césarienne, ne serait-elle pas une intervention exposant par trop la vie de la mère ?

Pour la première, il faut avouer qu'une mortalité maternelle de 8 à 10 % reste encore un chiffre bien élevé, d'autant plus qu'elle est accompagnée d'une mortalité infantile de près de 60 %.

Quand à la seconde, elle devrait réussir à sauver bien plus de 50 % des enfants en risquant à peine 5 % des mères.

Cette réflexion seule pourrait décider l'accoucheur d'envisager dorénavant la césarienne dans certains cas particuliers.

Observation N° 21.

Primipare. 25 ans. A eu plusieurs hémorragies successives. Intervention le 11 avril, par MM. les Professeurs M. RIVIÈRE et LACOUTURE.

Chloroforme. — Les membranes, très adhérentes, ne permettent pas l'énucléation de l'œuf en entier. L'enfant, extrait rapidement, crie aussitôt. Le placenta central, comme l'avait montré l'examen vaginal. La délivrance délicate s'accompagne d'hémorragies abondantes. Compression. Suture utérine en deux plans.

Après l'intervention, choc assez grand. Pouls petit, rapide, dépressible. Injection intra-veineuse de sérum artificiel. Présente des pertes purulentes et une température élevée. Ovule au Thiogénol. Chute de la température le huitième jour. Sort en bon état.

Observation N° 22.

Primipare. 34 ans. Coexistence d'un fibrome et d'une grossesse à sept mois. Plusieurs hémorragies successives. État d'anémie assez intense. Section. Césarienne et hystérectomie (étant donné les adhérences du fibrome sur la zone musculaire, on peut le myomectiser. — Enfant vit, suites de couches normales.

Dans ces deux observations, les résultats obtenus ont été excellents. Si l'on s'en rapporte à elles, le danger pour la mère n'est pas si grand qu'on le pense. Il y aura donc lieu de faire une césarienne toutes les fois que nous trouverons réunies les conditions suivantes :

1° Grossesse près du terme. Pour ne pas avoir un enfant prématuré ;

2° Placenta prævia central, chez une primipare, à col peu souple et mal incliné, ce qui augmente la gravité de l'accouchement naturel.

3° Si la malade n'est pas infectée (fièvre, pouls rapide, de même, si les membranes n'ont pas été rompues depuis longtemps).

4° Lorsque la malade a présenté plusieurs petites hémorragies successives, dans le cas de placenta prævia central ; ou bien :

5° Lorsque le placenta prævia coexistera avec un obstacle mécanique.

La césarienne peut être vaginale, cervicale ou abdominale. Les deux premières sont à rejeter à cause de l'extrême friabilité du segment inférieur dans le placenta prævia. L'opération classique sera l'abdominale.

Pour terminer, disons que la césarienne ne doit pas rester l'apanage des primipares, mais quelle peut rendre des services incontestables chez des multipares à terme ou près qui présentent un placenta prævia central.

Il faut, dans ce cas, bien convaincre la malade que la césarienne lui donnera un enfant vivant avec peu de risques additionnels pour elle.

DE PORENTA, dans la *Rivista de Palermo*, pense « que si au point de vue maternel le pronostic n'est pas meilleur que dans les autres méthodes obstétricales, en revanche le pronostic fœtal est singulièrement amélioré, ce qui est appréciable pour le peu de risque que court la mère. »

CHAPITRE III

Traitement des Accidents post-partum.

Le plus fréquent est l'hémorragie par inertie de l'utérus et par rétention des membranes. Nous n'insisteront pas sur lui, le traitement en est bien connu. En effet, la délivrance artificielle, l'injection intra-utérine et l'ergot de seigle sont d'excellentes méthodes.

Nous avons cru bien faire de nous étendre longuement sur les accidents post-hémorragiques retardés.

MADAME FORGET (de Poitiers), a fait dernièrement une communication intéressante sur cette « Forme tardive où les phénomènes d'anémie aiguë semblent disparaître, lorsque au bout de quelques heures, parfois un jour, la mort survient brusquement. »

Ces phénomènes ne sont donc pas rares dans les cas de placenta prævia. TARNIER avait, en effet, noté « que les malades après les grosses hémorragies du placenta prævia mouraient comme des mouches. »

Observation.

Placenta prævia central chez une primipare, dilatation 5 francs, hémorragie continue ; rupture de l'œuf à travers le placenta, puis dilatation. Version pendant que la sage-femme fait des piqûres et un litre de sérum sous-cutané. Etat général se remonte. Six à sept heures après, syncopes répétées. Pouls incomptable ; on fait un litre de sérum intra-veineux pendant l'injection. La malade se sent revivre. Le pouls devient comptable.

Pathogénie.

Pour M^{me} FORGET, on ne meurt pas par insuffisance d'hématies si on leur restitue le véhicule liquide suffisant.

Elle pense aussi qu'il faut attribuer aux vaso-constricteurs et surtout à l'ergot de seigle, ce mieux trompeur chez la malade et cette chute brusque de la tension.

Traitement.

1^o De l'hémorragie par l'ergot de seigle.

C'est un excellent vaso-constricteur, par là un bon hémostatique, mais il a des indications spéciales. On ne doit l'employer que lorsque l'utérus est complètement vidé. Sur son rapport : « Des accidents post-hémorragiques retardés », M^{me} FORGET (de Poitiers), écrit :

« Je suis tentée de les attribuer à l'action des toni-cardiaque et des vaso-constricteurs qui mènent le niveau de la tension artérielle et de l'énergie circulatoire. »

Enfin, ROTELIN rapporte des expériences faites sur des lapins avec de l'ergotinine et de l'ergotoxine, qu'il y a :

1^o Élévation de la tension artérielle à la première piqûre. Qu'aux autres piqûres, l'élévation est bien moins grande, et qu'à doses trop répétées ou massives, il y a abaissement.

2^o Que la durée est prolongée.

3^o Qu'il y a ralentissement du cœur.

4^o Incompatibilité avec l'adrénaline (abaissement brusque de la tension).

Ces conditions expliqueraient pourquoi ces accidents retardés arrivent alors qu'il y a un mieux trompeur chez votre malade, et que l'on a tout lieu de penser que tout danger est écarté.

Nous pensons cependant qu'après la délivrance, il est bon de faire de l'ergotine, et cela dans les conditions citées plus haut.

Traitement.

D'après ces indications, nous pensons qu'il est bon dans un cas de placenta prævia central, où fort probablement il y aura une hémorragie abondante, de faire :

A titre préventif.

- 1° Une injection de sérum ;
- 2° Une transfusion sanguine.

Le sérum peut suffire, au moins momentanément, se réservant de traiter ensuite l'anémie consécutive par de petites transfusions.

Post-hémorragique.

- 1° Injection de sérum ;
- 2° Transfusion sanguine.

Pour obtenir un effet très rapide, ces injections doivent être intra-veineuses. (Il faut faire tiédir le sérum au bain-marie et anesthésier la partie du coude ou de la saphène avec de la novocaïne.)

CHAPITRE IV

Résumé du Traitement.

En présence d'un cas de placenta prævia, l'accoucheur est appelé à résoudre un des problèmes les plus ardu, les plus angoissants de l'obstétrique. Il faut que son choix se fixe, à cet instant fort critique, avec rapidité sur l'une quelconque des nombreuses méthodes qu'il a à sa disposition. Nous venons de voir que telle méthode, excellente dans un cas, ne peut être employée dans l'autre, et cela à cause de la diversité des facteurs qu'il a à envisager.

Notre résumé est tiré de ce qui a été fait durant ces cinq années à la Clinique d'accouchements de Bordeaux.

Traitement préventif.

Il n'y a pas à proprement parler de traitement préventif. Cependant, si nous attachons quelques valeurs aux hypothèses que les maladies atteignant la muqueuse ne sont pas étrangères à cette anomalie de la grossesse, il nous sera facile de traiter énergiquement toutes les endométrites, avant que l'utérus ne redevienne gravide.

Traitement proprement dit.

HÉMORRAGIE DE LA GROSSESSE

Premiers mois. — Légère : injections chaudes ; repos au lit.

Abondante : peut provoquer l'avortement ; le traitement sera alors celui de l'avortement.

Derniers mois. — Légère : même traitement.

Abondante ou à répétition : peuvent nécessiter une intervention obstétricale.

Multipares.

PLACENTA MARGINAL.

Rupture large des membranes. S'il y a arrêt de l'hémorragie et que la dilatation se fasse normalement : *surveillance et expectative.*

Le col se dilate mal : placer un ballon de Champetier de Ribes ;

Si l'hémorragie persiste et si l'enfant souffre, terminer au plus vite l'accouchement

Pour cela, nous avons plusieurs moyens.

COL PEU DILATÉ.

Manœuvre de Braxton Hicks, si :

l'hémorragie continue après la rupture des membranes ;

si le col se dilate très lentement.

Nous pensons qu'il ne faut recourir au Braxton Hicks que lorsqu'il s'agit de sauver la mère, l'enfant étant mort ou n'ayant peu ou pas de chances de se sauver. A ce moment, le siège faisant tampon arrêtera l'hémorragie, il sera donc inutile d'activer l'extraction.

Dans tous les cas où la vie de la mère n'est pas en danger, nous préférons l'emploi d'un ballon de Champetier, qui dilatera suffisamment le col pour permettre une *version*.

COL DILATÉ.

Version par manœuvres internes.

Enfin, si la tête est dans le pelvis, on terminera par un *forceps*.

PLACENTA CENTRAL. — Hémorragie abondante.

Rupture des membranes. — S'il y a impossibilité :

1° Passer au travers du placenta (DEVENTER);

2° Décoller en partie le placenta.

Dilatation bi-manuelle. Version par manœuvres internes.

Primipares.

Les indications restent les mêmes, selon l'état du col et selon la marche de la dilatation.

Au contraire :

PRIMIPARE. — PLACENTA PRÆVIA CENTRAL.

L'hémorragie est abondante. Le col non dilaté et non dilatable. La *Césarienne* est la règle.

Mais que fera le médecin de campagne en face d'une pareille éventualité ? Nous pensons qu'il sera excellent ici de faire un tamponnement méthodique, en prenant toutefois les plus grandes précautions antiseptiques voulues. Comme nous l'avons dit, il aura ainsi quelques heures pour faire appel au spécialiste.

Enfin, dans tous les cas d'insertion vicieuse du placenta où après l'extraction l'utérus continue à saigner, il faut faire une délivrance artificielle ; de même, si les méthodes employées ont été assez laborieuses.

Nous pensons, en outre, que dans tous les cas où l'on soupçonne une hémorragie abondante, c'est-à-dire dans les placenta prævia centraux, il est bon de faire à la malade, avant toute intervention obstétricale :

1° Une transfusion sanguine ;

ou une 2° Injection de sérum ;

ce qui lui permettra d'être en état de plus grande résistance.

RÉSULTATS OBTENUS A LA CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS

Sur les 4,186 accouchements qu'il y a eu à la Clinique depuis 1919, nous avons retrouvé 22 cas de placenta prævia.

Mortalité fœtale.

9 enfants vivants;

1 enfant n'est mort que dans la nuit qui a suivi l'accouchement par suite de lymphangite. La mère avait une angine à fausses membranes.

1 observation ne nous a pas renseigné.

11 enfants sont morts.

Ce qui nous donne une mortalité fœtale de 52,4 %.

Mortalité maternelle.

La mortalité maternelle immédiate est de 0 %.

2 femmes ont été transéatées à Canolle.

1 femme a été transéatée à Canolle pour angine à fausses membranes.

Il résulte de ces deux statistiques que :

Au point de vue maternel, les résultats sont des plus satisfaisants.

An point de vue fœtal, la mortalité est encore assez élevée. Cependant, si l'on compare certaines statistiques qui nous donnent une mortalité de 70 %, on voit qu'à la Clinique on en est encore loin.

CONCLUSIONS

1° Le « placenta prævia » est assez fréquent pour mériter une attention toute particulière.

2° Nous pouvons dire que toujours ou presque, il donnera lieu à des hémorragies : légères dans des cas de placenta prævia marginaux, abondantes dans les cas de placenta prævia centraux.

3° Elles nécessiteront souvent une intervention obstétricale pouvant aller de la simple rupture des membranes à la Césarienne.

4° Le « Braxton Hicks », méthode très employée en Amérique et en Allemagne donne lieu à une mortalité fœtale très élevée. De plus, la manœuvre nous paraît fort difficile. Il doit être réservé dans les cas où la vie de la mère est en grand danger.

5° En France, où la natalité doit nous préoccuper, nous préférons la rupture artificielle et large des membranes.

L'introduction du ballon de CHAMPETIER DE RIBES est généralement indiquée lorsqu'il y a une petite dilatation.

La version par manœuvres internes est le plan préférable dans tous les cas de multipares et de primipares où le col est suffisamment dilaté pour y mettre la main.

L'extraction doit toujours être faite graduellement, excepté dans les cas où la dilatation est complète.

Le forceps ne sera choisi que lorsque la dilatation est complète, le vertex se présentant dans le pelvis.

6° Chez les primipares, près du terme, à placenta prævia central et à petite dilatation, la Césarienne offre le meilleur résultat pour la mère et pour l'enfant.

7° Le tamponnement pourra être pratiqué par le médecin de campagne en face d'une hémorragie abondante chez une primipare à placenta prævia central et à col non dilaté. Il lui permettra d'avoir devant lui une dizaine d'heures.

8° Dans tous les cas où l'intervention a été laborieuse et dans tous les cas où l'utérus continue à saigner, après l'expulsion du fœtus, il faudra faire une délivrance artificielle.

9° Chez les femmes où l'on soupçonne une hémorragie abondante, il est indiqué de faire, à titre préventif, des injections de sérum et, si possible, une transfusion sanguine. Ceci, pour éviter les accidents post-hémorragiques retardés.

VU, BON A IMPRIMER :

Le Président,

M. RIVIÈRE.

VU :

Le Doyen,

C. SIGALAS.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 14 Juillet 1925.

Le Recteur de l'Académie,

F. DUMAS.

BIBLIOGRAPHIE

- H. BAUMM. — Traitement du Placenta (*Monat. f. Geb. in Gyn.*, Berlin, t. LVF, n° 1-2, nov. 1921, page 36.)
- TORRE BLANCO. — Césarienne vaginale pour placenta prævia (*Arch. de Méd. Chirurg. & Special*, Madrid, t. VIII, n° 61, 5 août 1922).
- BROUHA. — A propos du traitement du placenta prævia par l'hystérectomie abdominale (*Gyn. et Obst.*, n° 46, 5 nov. 1921, page 242).
- FRANCK et DORMAN. — Observation de placenta prævia montrant les effets de la transfusion sanguine (*Amér. Journ. of Obst. and Gyn.*, t. II, n° 5, 1921, page 550).
- O. BUGGENHOUT. — Deux cas de dystocie. — Placenta prævia (Hystérectomie abdominale).
Rétrécissement du bassin (Accouchement prématuré). (*Gyn. et Obst.*, t. VI, n° 4, 1922, page 63).
- A. DODERLEIN. — Placenta prævia (*Munich. Méd. Woch.*, t. LXIX, n° 4, 1922, p. 123).
- FREUND. — Placenta prævia (*In Zeut f. Gyn.*, n° 25, juin 1922, page 1051, et n° 7, février 1922, page 274).
- DE PORENTA. — Considérations sur 100 cas de placenta prævia observés à la Maternité de Trieste (*Revue d'Obst. et Gyn. prat.*, Palerme, t. III, n° 12, déc. 1921, page 530).
- BRÜCK. — Traitement des hémorragies venant après l'accouchement en cas de placenta prævia (*Monat. f. Geb. in Gyn.*, t. LI, n° 76, décembre 1922, page 268).
- E. GISSLENN. — Sur le placenta prævia et la rupture spontanée de l'utérus après la pituiturie (Thèses, Bonn, 1919-1920).
- A. BOUFFE DE SAINT-BLAISE. — Insertion du placenta dite « centre pour centre » (*Soc. Gyn. et Obst.*, Paris, mars 1920).
- A. KUSTER et LIEGNER. — Discussion sur le placenta prævia (*Monat. f. Geb. in Gyn.*, t. LII, 5 novembre 1920, p. 352).

VORON et VIALLETON. — Décollement central du placenta vicieusement inséré (*Rev. Obst. et Gyn.*, Lyon, déc. 1919).

EARDLEY HOLLAND. — Deux cas de placenta prævia avec albuminurie. — Diagnostic de l'hémorragie du placenta prævia et du placenta normalement inséré (*Journ. Obst. et Gyn.*, Manchester, t. 28, n° 2, 1921, page 303).

L. BLUMREICH. — Placenta prævia ; hémorragie de la seconde moitié de la gestation et du travail (*Deut. Méd. Woch.*, Berlin, t. 47, n° 29, juillet 1921, p. 837).

MAX CHEVAL. — Deux cas de placenta prævia (*Gyn. et Obst.*, Paris, t. VI., juillet 1922, page 58).

FOS SKELLOG. — Mortalité par placenta prævia au cours des 25 dernières années à la Maternité de Boston (*Bost. Méd. and Surg. Journ.* t. CLXXXV, n° 13, oct. 1921, page 135).

DESCURE. — Contribution à l'étude du traitement chirurgical de l'hémorragie par décollement du placenta inséré sur le ligament large (Thèse de Bordeaux, 1928, n° 70).

SCHOCKAERT (Louvain). — Placenta prævia central avec mort par embolie au moment du dégagement des épaules (*Gyn. et Obst.*, t. V, janvier 1922, page 380).

DUCAROS. — Opération césarienne pour placenta prævia central (*Bull. d'Obst. et Gyn.*, Paris, n° 4, 1923, page 361).

VORON et GRIVET. — Placenta prævia ; malformations fœtales multiples ; alcoolisme du père, page 118.

RIVIÈRE (Maurice). — Trois cas de placenta central, page 163.

Césarienne avec hystérectomie pour fibrome utérin, page 247.

(*Bull. d'Obst. et Gyn.*, Paris, n° 4, 1923).

BRINDEAU. — Sur un cas d'ensemencement du péritoine après une césarienne (*Bull. de Soc. Gyn. et Obst.*, n° 6, 1920).

MONTIBERT. — La manœuvre de Braxton Hicks, en cas de placenta prævia (Thèse de Lyon, 1918, n° 3).

FAURE. — Contribution à l'étude de la césarienne dans le placenta prævia (Thèse de Paris, 1919-1920, n° 560).

BONNIN. — Contribution à l'étude de la circulation placentaire (Paris, 1919-1920, n° 439).

